Saloma (Jos. I.)

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

ALGUNAS CONSIDERACIONES

ACERCA DEL TRATAMIENTO DE LOS

ABSCESOS DE HÍGADO

SEGUN EL

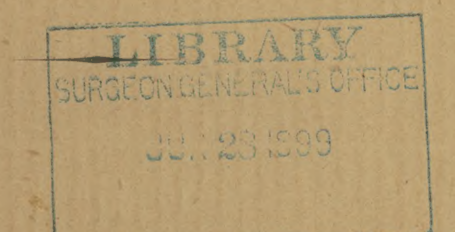
PROCEDIMIENTO DE STROMEYER LITTLE

PRUEBA ESCRITA PARA EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA

POR

JOSÉ I. SALOMA

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina, practicante de los hospitales "Juárez" y "Béistegui."



MÉXICO

OFIC. TIP. DE LA SECRETARIA DE FOMENTO

Calle de San Andrés núm. 15. (Avenida Oriente 51.)

1895

Sr. Dr. D. José María Bandera

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

ALGUNAS CONSIDERACIONES

ACERCA DEL TRATAMIENTO
DE LOS

ABSCESOS DE HÍGADO

[illegible]

[illegible]

[illegible]

JOSÉ I. SALDAÑA

[illegible]

MÉXICO

IMPRENTA [illegible] DE LA SECRETARÍA DE FOMENTO.

[illegible]

[illegible]

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

ALGUNAS CONSIDERACIONES

ACERCA DEL TRATAMIENTO
DE LOS

ABSCESOS DE HÍGADO

SEGUN EL

PROCEDIMIENTO DE STROMEYER LITTLE

PRUEBA ESCRITA PARA EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA

POR

JOSÉ I. SALOMA

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina, practicante
de los hospitales "Juárez" y "Béistegui."

MÉXICO
OFICINA TIP. DE LA SECRETARÍA DE FOMENTO,
Calle de San Andrés núm. 15. (Avenida Oriente, 51.)

1895

A MI QUERIDA MADRE.

A MI HERMANO LUIS.

DESDE que Little demostró la posibilidad de dar salida franca y rápida á la supuración hepática por una incisión amplia, despreciando, por decirlo así, los grandes escollos que habían hecho fracasar todos los métodos antiguos, muchas cuestiones, que hasta entonces habían ocupado de un modo preferente la atención de los cirujanos, perdieron poco á poco su importancia y en la actualidad han quedado en gran parte olvidadas. En efecto, puede decirse que ya nadie se preocupa de la existencia de las adherencias perihepáticas, de la manera de diagnosticarlas ó de los medios de producirlas. Los accidentes, tan frecuentes y peligrosos, ocasionados por la caída del pus en las cavidades pleural y peritoneal, son hoy menos frecuentes; pues el nuevo procedimiento, enteramente opuesto á los anteriores, ha dado resultados igualmente opuestos: así, mientras que con los antiguos procedimientos Little no había podido salvar á uno solo de sus operados (veinte), con el suyo, solamente tuvo tres resultados funestos en veinticinco operaciones.

Pero si por una parte ya no se puede atribuir esta superioridad del procedimiento á meras casualidades, como pretendía Blot; porque es enteramente inadmisible que, en los

numerosos casos de curación que se registran, el bisturí haya caminado siempre á través de adherencias; pues éstas no siempre existen, como lo demuestran, de un modo evidente, los no pocos hechos en que el epiplón ha podido hacer hernia á través de la herida abdominal: tampoco por otra es posible admitir otras explicaciones, más ó menos fundadas, pero no enteramente satisfactorias; tales como la que se funda en la esterilidad microbiana del pus hepático, que haría completamente inofensiva su infiltración en las serosas peritoneal ó pleural; porque si es bien cierto que, en muchas ocasiones, se ha podido demostrar dicha esterilidad (Talamon, Laveran, Peyrot), también lo es que, en otras muchas, se ha llegado á comprobar claramente la existencia de numerosos y distintos microbios pyógenos. (Bertrand, Souques, Kartulis, etc.)

Algo semejante á esto último se podría asegurar respecto á la influencia que se ha querido atribuir á los procedimientos antisépticos; porque, si éstos tienen gran importancia desde el punto de vista de la desinfección del foco, de la esterilización del aire que penetra á él, no tienen ninguna ciertamente sobre las mencionadas serosas, una vez infectadas.

Diríase, al estudiar los autores que recomiendan el procedimiento en cuestión, que el éxito, en este género de intervenciones, es enteramente seguro; pero no siendo esto absolutamente lo que enseña la experiencia, y habiendo podido notar algunos de sus inconvenientes en los casos que he tenido ocasión de ver, podría decir, separándome de ambos extremos, que si el procedimiento Stromeyer Little tiene reconocidas ventajas sobre los demás, también tiene sus inconvenientes, algunos de ellos pequeños, de verdadero detalle, es verdad; pero no por esto menos dignos de consideración.

Señalar algunos de estos inconvenientes y la manera de evitarlos, es el objeto de este humilde trabajo, para el que solicito toda la indulgencia de mis honorables sinodales.

Los inconvenientes á que da lugar el procedimiento Stro-

meyer Little dependen de la disposición anatómica de la región, y del procedimiento en sí mismo. Me ocuparé de unos y otros.

I.

Inconvenientes del procedimiento Stromeyer Little que dependen de la disposición anatómica de la región.

Basta recorrer ligeramente los diversos métodos que han sido puestos en práctica antes del que me propongo estudiar, para convencerse de que todos ellos tenían como principal objeto independer el absceso hepático de los órganos, más ó menos delicados, que lo rodean; la fijeza del hígado á la pared abdominal ó torácica, según el sitio del foco, por medio de adherencias suficientemente sólidas, era la cuestión esencial, la condición *sine qua non* del éxito operatorio.

Los más tímidos se contentaban con dejar á la naturaleza este trabajo adhesivo, siempre dilatado y excesivamente expuesto: se limitaban puramente á consignar ciertos datos que permitieran descubrir tales adherencias. Entre esos recursos figuraban: la antigüedad de los accidentes purulentos, la intensidad del dolor local, la poca profundidad á que la aguja encontraba el pus, el frotamiento perihepático, etc. En este lugar se debe hacer notar la superioridad de los trabajos nacionales, en este asunto, sobre los extranjeros. Se recordará que el Sr. Dr. D. Miguel Jiménez, hablando de la importancia de este diagnóstico, indicaba además los siguientes: cuando el absceso es superficial y epigástrico, si existen adherencias, se puede observar un tumor circunscrito, prominente; un cambio en el color de la piel; cierta inmovilidad de la misma sobre los órganos subyacentes; alguna pastosidad del tejido celular, y en ocasiones verdadera fluctuación. Cuando el absceso es profundo y el hígado está fijo á la pared abdominal, el tumor sigue los movimientos del enfermo, á uno y otro lado; en iguales circunstancias el sitio en que se percibe

la fluctuación, se desaloja en el mismo sentido. Si hay ascitis, es posible reconocer la interposición de una capa líquida entre el hígado y la pared del vientre, practicando con la palma de la mano ciertos sacudimientos sobre el tumor.

No obstante este numeroso conjunto de datos, que hacen comprender toda la importancia que entonces se daba á esta cuestión, el diagnóstico de semejantes adherencias era muchas veces sumamente difícil y en ocasiones verdaderamente imposible: lo que no puede extrañarse vistas las múltiples y variadas circunstancias de tamaño, sitio, época del absceso, complicaciones del mismo, enfermedades intercurrentes, etc., que forzosamente debían modificar, en uno ú otro sentido, el fenómeno indicado, y lo peor era que, cuando la falta completa de esos datos indicaba que el hígado se encontraba móvil, había que esperar á que la naturaleza sola aproximara lo bastante el foco á la superficie hepática, con lo que ordinariamente se perdía un tiempo precioso, durante el cual continuaba el mal haciendo progresos hasta que sucumbía el paciente, sin haber conseguido el objeto.

Los más atrevidos como Recamier, Graves, Begin, se proponían ayudar al organismo, aplicando el método de la incisión en dos tiempos. En el primero, se dividían los tegumentos y demás tejidos subyacentes hasta descubrir la serosa peritoneal, que se respetaba: se hacía una curación por oclusión, á fin de provocar las adherencias. Algunos días después, cuando se presumía que había transcurrido el tiempo necesario para que el hígado hubiera adquirido la fijeza indispensable, se hacía la incisión hasta el mismo foco (segundo tiempo).

La aplicación de la potasa cáustica, del cáustico de Viena, hecha por Hardy, Behier, fué una modificación de este método. De un modo semejante, Chassaignac procuraba la formación de una escara y á través de ella introducía un trócar curvo, llevándolo en seguida de dentro afuera, para introducir sobre el conductor una asa elástica.

Finalmente, Vidal de Cassis incidía la escara misma por medio del bisturí.

Estos procedimientos tenían, entre otros, los inconvenientes de que, como en los primitivos ó de espectación, siempre había un tiempo perdido, y sobre todo, el de que no siempre se conseguía establecer la incomunicación del foco con las cavidades inmediatas; de modo que, repetidas veces, se desarrollaban los accidentes de peritonitis que se pretendía evitar. A este propósito debo mencionar la observación número trece del mismo Sr. Dr. Jiménez, en la que refiere que, á pesar del tiempo (trece días) que se dejó transcurrir entre la primera y segunda incisiones, sobrevinieron, inmediatamente á la última intervención, terribles accidentes de peritonitis, que ocasionaron la muerte del enfermo en pocas horas; revelando más tarde la autopsía la poca resistencia de las membranas de adhesión, recientemente formadas.

Hubo otra serie de procedimientos que, teniendo las mismas miras, procuraban establecer la incomunicación del foco de una manera rápida y segura, empleando, al efecto, instrumentos especiales.

Cambay dejaba una cánula permanente, de luz bastante amplia, para la evacuación perfecta del pus y lavados ulteriores. Defontaine introduce dos trócares, á tres centímetros de distancia uno de otro, para dividir, más tarde, las partes interpuestas, cuando se supone que las adherencias se han formado. Mac Leod introduce un trócar especial; en seguida lo substituye por una sonda acanalada sobre la mitad de su longitud, y que se adapta á la cánula del trócar. Después de retirar la cánula, practica sobre la sonda una incisión vertical, como de dos centímetros de largo y que interesa todos los tejidos hasta llegar al foco; entonces lleva, sobre la sonda, un tubo que llama tubo–guía, por medio del cual introduce los tubos de canalización.

Estos procedimientos no permiten la salida fácil del pus; impiden practicar los cuidados antisépticos con entera liber-

tad; obligan al paciente á una inmovilidad insoportable, y son últimamente complicados en extremo y por lo tanto poco prácticos. Son indudablemente inferiores á los que se han usado en México, que tanto por la sencillez de su aplicación y bondad de sus resultados, como por la época en que se practicaban, anterior á la de aquellos, merecen ser mencionados de una manera especial. Desde luego, conviene señalar el procedimiento de las punciones repetidas, que tantos éxitos dió en manos del Sr. Dr. D. Miguel Jiménez; así se desprende de la estadística; porque en tanto que en Europa los casos de curación por este sistema eran bastante raros (Ball, Moutard–Martin, Oberlin, etc.), en México por aquella época se tenía el diez y ocho por ciento de curaciones, cifra relativamente favorable, atentas las condiciones poco propicias en que se operaba. De paso, recordaré que ya en 55 indicaba el propio Sr. Dr. Jiménez que la punción, practicada en los espacios intercostales, aun para los abscesos epigástricos, no tenía ningún peligro, opinión que fué confirmada por el Sr. Dr. Montes de Oca, quien además hacía la punción por el hueco epigástrico, para los abscesos de esta región que no tenían adherencias (Tesis de Juan Román, año 79). La repetición exagerada y casi siempre necesaria de las punciones, agotaba, por desgracia, la paciencia del enfermo y ulcerando los tejidos, ponía el foco en comunicación con el exterior; accidente terrible en aquella época, pues que traía la descomposición del pus, la infección de todo el organismo y, por último, la muerte. Por estas razones se creyó conveniente dejar una cánula á permanencia, como posteriormente lo hizo Cambay, siendo sustituída luego por una verdadera canalización (Des. Villagrán y José M. Vértiz). Este método fué después modificado con el empleo de las irrigaciones continuas (Dr. Clement).

En resumen, se podría decir que todos los procedimientos que rápidamente acabo de enumerar, eran imperfectos. Que no obstante los diversos medios más ó menos ingeniosos y

racionales que se empleaban para independer el absceso de los órganos inmediatos, condición que se juzgaba enteramente indispensable para el éxito de la intervención, ninguno de ellos logró conseguir el objeto deseado. Ni los que he llamado primitivos, que encomendando á la naturaleza la mayor parte del trabajo, veían sucumbir al paciente, agotado por los gastos de una supuración abundante. Ni los que, viniendo en su auxilio, provocaban la formación de adherencias; porque aun así, había que esperar un tiempo, más ó menos largo, y esto, sin contar con la triste incertidumbre de que tal incomunicación resultara ilusoria. Ni finalmente, los que esperaban llegar al mismo resultado, de un modo rápido y seguro, por medio de instrumentos adecuados, pero molestos y complicados.

Veamos ahora el procedimiento Stromeyer Little.

Hé aquí la descripción, hecha por el primer operado de Little, el Dr. Ayme. "La operación debe hacerse lo más pronto posible; tan luego como se puede presumir la existencia de un absceso, es preciso buscarlo, por medio de una aguja de grueso calibre (tres milímetros de diámetro). Se lava la región sobre que se va á operar, con una solución fenicada, al cinco por ciento. La aguja, previamente humedecida en aceite antiséptico, se introduce hasta la profundidad necesaria: frecuentemente es preciso llevarla á unos ocho centímetros y más; repitiendo la punción tantas veces cuantas sean necesarias, para comprobar la existencia ó ausencia del pus. Cuando se está seguro de su presencia, es conveniente, sin tratar de vaciar el foco con el aspirador, abrirlo ampliamente por medio de un largo bisturí, llevado sobre uno de los lados de la aguja. La incisión debe comprender, desde luego, todo el espesor de tejidos hasta llegar al foco, dando salida al pus, cuya evacuación se facilita, introduciendo en la herida unas pinzas, cuyas ramas se mantienen separadas. Se ejerce, al mismo tiempo, presiones sobre la cara inferior del hígado, á través de las paredes abdominales. Se

lava la cavidad del absceso con una solución fenicada, al uno por ciento, hasta que el líquido salga completamente límpido, sin contener pus, grumos, ni colgajos esfacelados. Se introduce entonces, hasta el fondo de la cavidad, un tubo de canalización de grueso calibre, que se corta rasando la herida. El tratamiento de Lister es en seguida aplicado en todo su rigor, cambiando el apósito una ó dos veces al día si fuere necesario."

A pesar de las muchas modificaciones que posteriormente ha sufrido el procedimiento descrito, su parte fundamental, la que le ha dado su originalidad, se conserva íntegra.

Como se ve, la cuestión ha cambiado enteramente de aspecto. El nuevo procedimiento no se preocupa, en lo mínimo, de la existencia ó ausencia de adherencias: por medio de una incisión amplia llega inmediatamente al foco mismo, dando así salida franca y rápida al pus; sin cuidarse absolutamente de los terribles accidentes de peritonitis, empyema, etc., ni de los no menos graves que ocasionaría la herida de alguno de los órganos y vasos importantes que el bisturí podría encontrar á su paso. ¿Esto significa que todos estos accidentes eran del todo imaginarios? ¿Qué los grandes temores, por largo tiempo abrigados por todos los cirujanos, eran infundados? No ciertamente. Por fortuna ha transcurrido ya el tiempo bastante para que el procedimiento en cuestión pueda ser juzgado con verdadera imparcialidad, para que, teniendo á la vista su hoja de servicios, se pueda proclamar sus grandes ventajas, indicando al mismo tiempo sus inconvenientes. Por desgracia, entre nosotros, no se ha llevado una estadística que pudiera suministrarnos los datos necesarios para resolver el problema; pues para ello era indispensable consignar aquellos casos en que dicho procedimiento se ha aplicado con la circunstancia bien comprobada de la falta de adherencias, como lo ha hecho Defontaine, quien, de cinco casos en que se ha notado esta falta de adherencias, señala tres muertes por peritonitis. La estadística de Legrand ofrece catorce

éxitos en treinta y dos operados. La de Bertrand, ocho muertes en catorce operados. Es de advertirse que estas dos últimas estadísticas comprenden todos los casos en que el método fué puesto en práctica: pero de cualquiera manera demuestran la realidad y aún la frecuencia de los accidentes que acompañan al procedimiento Stromeyer Little.

A estos peligros, que pudiera llamar inmediatos porque sobrevienen inmediatamente después de la intervención, hay que agregar aquellos que se podrían llamar mediatos ó tardíos, en los que habiendo necesidad de reintroducir los tubos canalizadores, ya porque hayan sido arrojados por los movimientos del enfermo (tos, basca, esfuerzos, etc.), ya porque sea necesario desinfectarlos ó reemplazarlos por otros de mayor ó menor calibre, como suele suceder durante la marcha de la afección; dichos tubos han seguido distinto camino, han producido una falsa vía, han quedado colocados en la cavidad pleural ó peritoneal, ocasionando accidentes rápidamente mortales, según dos hechos observados en este Hospital y que el Sr. Dr. D. Joaquín Vértiz tuvo la amabilidad de comunicarnos.

La razón de todos estos accidentes es de orden general, dependen de la disposición anatómica de la región: hay además otros de carácter particular que dependen de condiciones puramente individuales. En efecto, todas las vísceras contenidas en la cavidad abdominal, se encuentran bajo una presión superior á la atmósférica; así lo demuestra el hecho bien conocido de que, cuando un instrumento vulnerante penetra á la cavidad del vientre (heridas penetrantes), produciendo una solución de continuidad suficiente en la pared del mismo, en el acto se precipitan al exterior algunos de los órganos en él contenidos (epiplón, intestino, etc.), constituyendo una hernia traumática. Si suponemos que el instrumento vulnerante ha caído en una cavidad llena de algún líquido, como en el caso de un absceso hepático, aquel líquido, en razón de su fluidez, así como del camino más directo

y expedito que le ofrece el bisturí, tendrá que salir violentamente, de preferencia á cualquier otro órgano, sólido y en conexiones estrechas, más ó menos, con los demás órganos. Ahora bien: esta presión supone, como condición indispensable, la elasticidad, la tonicidad fisiológica de las paredes abdominales; de tal manera que, cuando éstas se encuentren disminuídas, como sucede en individuos que han tenido ascitis considerables, embarazos repetidos y descuidados, la tensión intra-abdominal tiene que ser inferior á la normal; las vísceras se desalojarán con facilidad, y en consecuencia, si en estos individuos hay necesidad de intervenir por un absceso hepático según el procedimiento Stromeyer Little, el pus tendrá cierta facilidad para derramarse en la cavidad del vientre y, por la misma causa, los órganos abdominales se podrán interponer entre el hígado y la pared abdominal, quedando, por tanto, expuestos á la acción del bisturí.

Si el procedimiento Stromeyer Little expone á graves accidentes, por el hecho de no cuidarse de la existencia de las adherencias perihepáticas y por emplear una incisión enteramente ciega, que expone á herir órganos importantes. ¿De qué manera se pueden evitar estos inconvenientes?

Es necesario, á semejanza de todos los autores, distinguir dos clases de abscesos: los que se han llamado torácicos y los abdominales; según que sean accesibles por el tórax ó por el abdomen.

En los primeros no se encuentra ningún órgano de importancia, porque el pulmón es empujado hacia arriba por el mismo crecimiento del hígado. El saco pleural es rechazado en el mismo sentido y por idéntica razón. Escapan uno y otro á la acción del bisturí; sobre todo cuando la incisión cae sobre el noveno ó décimo espacio intercostal.

Por último, las adherencias en esta clase de abscesos son mucho más frecuentes. El peligro consistiría en que es necesario interesar dos serosas y el diafragma; pero la superficie del hígado, la serosa peritoneal y el diafragma están perfec-

tamente unidos y, por lo que respecta á la pleura, en caso de no estar empujada hacia arriba, como antes he dicho, tiene su hoja parietal unida á la pared costal, la visceral al diafragma (V. Leblond). Pero sobre todo, en los casos en que no existen adherencias, lo que por otra parte es menos frecuente que en los abscesos abdominales, la presión negativa que fisiológicamente se ejerce en toda la cavidad torácica por los movimientos inspiratorios, produciría necesariamente una atracción enérgica sobre el pus, una vez que el bisturí le ha dado paso, y se precipitaría á la cavidad pleural respectiva, por un mecanismo análogo al que produce el pneumotórax.

Por estas razones creo que, en los casos en que no existen adherencias, hay necesidad de fijar el hígado á la pared torácica, por medio de la sutura; y en aquellos en que dichas adherencias existen, podrá aplicarse el procedimiento Stromeyer Little, sin otra modificación que la que indicaré adelante.

En cuanto á los abscesos abdominales, se les puede dividir en superficiales y profundos: en los primeros, por la circunstancia de ser superficiales, el hígado ha contraído ya adherencias bastante firmes; á ellos, por consiguiente, es igualmente aplicable el mismo procedimiento, con la misma restricción que dejo apuntada para los abscesos torácicos de igual categoría.

No sucede lo mismo con los segundos, es decir, los abscesos abdominales profundos; pues en razón de los graves accidentes á que expone la movilidad del hígado, tan frecuente en ellos según hemos visto, exigen necesariamente, para ser operados con éxito, el empleo de la sutura. La sutura del hígado á la pared abdominal fué indicada en la tesis del Dr. Hernández, el año de 91, sin insistir lo bastante sobre sus ventajas ni manera de practicarla. En Europa ha tenido numerosos defensores, entre los que se puede citar á Horner, que fué el primero que la aplicó; á Mac Lane Tiffany, etc.;

pero también ha encontrado no pocos detractores, como son Chauvel, Ramonet, Mabboux y otros.

Dos son las principales objeciones que se le hacen.

1ª ¿La fijeza del hígado á la pared abdominal se puede obtener por medio de la sutura, vista la estructura especial del parenquima hepático y lo delgado de la cápsula de Glisson?

2ª ¿Esta misma fijeza del hígado es conveniente? ¿No se podría decir que, lejos de ser favorable, impide la retracción de las paredes del foco y, en consecuencia, hace la supuración interminable, produciendo lo que se ha llamado cavidad necesaria?

Respecto á la primera objeción, sin desconocer absolutamente su valor, sin negar las dificultades que ofrece la sutura, por las razones dichas, creo que, aunque laboriosa, es practicable, que la cápsula de Glisson presenta suficiente resistencia para que los hilos de sutura se mantengan convenientemente. Es verdad que en Europa se han empeñado en aumentar, sin necesidad, estas dificultades. Para dar una prueba me bastará citar el procedimiento que sigue Defontaine.

Después de practicar una punción evacuadora, hace una incisión hasta descubrir el hígado; retira la cánula y toma el orificio de punción con unas pinzas, que sostienen el hígado y facilitan la aplicación de la sutura, que consta de dos partes. En la primera, se fija al hígado la base del rodete del peritoneo parietal, que queda flotante en el fondo de la incisión, por medio de hilos, pasados de centímetro en centímetro y paralelamente á los labios de la herida; para lo cual la aguja atraviesa, de fuera adentro, la hoja parietal de la serosa, penetra en el hígado lo menos profundamente posible, á uno ó dos milímetros á lo más, saliendo á cuatro milímetros de distancia, para atravesar de dentro á fuera la serosa peritoneal. De este modo se da una vuelta completa á toda la herida. En la segunda serie, los puntos se dirigen hacia el centro de la misma incisión, de modo que presenten una dirección radiada y correspondan á los intervalos de los pun-

tos de la primera serie. La aguja sólo una vez atraviesa el peritoneo parietal, cerca de su incisión; penetra en el hígado, cerca de su borde libre, y sale por la herida para ser anudado el hilo con el otro extremo.

Este sistema de suturas resulta demasiado complicado y laborioso, multiplica sin necesidad el número de puntos de sutura y, en una palabra, es puramente teórico. Bastaría sencillamente, hecha la primera incisión, que llega hasta el hígado sin interesarlo, poner unos puntos que comprendieran la serosa peritoneal y una porción del hígado, sin penetrar al foco; incidir el hígado y entonces fijar los bordes de esta incisión, por medio de otros puntos, á los bordes de la herida abdominal ó bien, de una manera aún más fácil, poner en cada extremo de la incisión un solo punto que fuera de un borde á otro, comprendiendo á la vez los labios de la incisión hepática y abdominal, para lo cual bastaría la incisión en un solo tiempo; siguiendo el procedimiento que adelante describiré, y que ha sido puesto en práctica por el Sr. Dr. D. Francisco de P. Chacón, en un caso que pude observar en el hospital Béistegui, con magnífico resultado.

En cuanto á la segunda objeción, es necesario no olvidar que el procedimiento Stromeyer Little recomienda la intervención lo más pronto posible, cuando el absceso no se hace ostensible aún por ningún signo local: de aquí la necesidad de repetir la punción exploradora un gran número de veces, por cuya razón el foco es poco voluminoso; ó si es de alguna consideración en razón de ser profundo, como es de suponerse puesto que no tiene manifestación bien clara, el hígado presenta, en estas condiciones, bastante parenquima sano, gracias al cual puede verificarse esta retracción de un modo perfecto. En otros términos: siendo el absceso pequeño, el trabajo retráctil no es muy grande; si el foco es grande, dicha retracción todavía es posible, y hasta cierto límite, fácil, por la gran cantidad de tejido hepático que debe existir entre el foco y la pared del vientre. En semejantes condiciones,

se efectuaría un fenómeno parecido al de un globo elástico que, estando fijo por un punto cualquiera de su superficie, volvería sobre sí mismo después de haber sufrido una distensión exagerada; sin alterar en nada las relaciones de los puntos de fijeza. Hay que tener presente además, que siempre se produce cierta cantidad de tejido nuevo, que en parte contribuye á llenar la cavidad que ha dejado el pus.

No desconozco que, en determinadas circunstancias, es impracticable el consejo de intervenir precozmente; porque el enfermo solicita los cuidados médicos cuando la afección está muy avanzada, como se ve frecuentemente en los hospitales, adonde acuden enfermos portadores de abscesos tan voluminosos que admira cómo ha podido el organismo tolerar lesiones tan desarrolladas. Para estos casos solamente sería recomendable la punción evacuadora, que aconseja Defontaine, antes de fijar el hígado por la sutura, con objeto de que reducido previamente el volumen del hígado, gracias á la evacuación de una gran cantidad de pus, recobre dicha glándula, hasta donde sea permitido, sus relaciones fisiológicas.

II.

Inconvenientes que dependen del procedimiento en sí mismo.

"La incisión ciega de todas las partes blandas hasta encontrar el foco" es una de las cosas que caracterizan al procedimiento Stromeyer Little; de lo cual resulta que el cirujano, procediendo de este modo inconsciente, por decirlo así, sin saber en qué lugar se encuentra el bisturí ni los órganos que puede interesar, se expone á herir ya un órgano importante, como es el intestino, la vesícula biliar, el epiplón, etc.; ya un vaso de consideración, sobre todo cuando la incisión se aleja de la línea media; pues la falta de vasos de grueso calibre en esta región, hace el peligro menos inminente.

A este propósito recuerdo la siguiente observación: La

enferma N. presentaba á fines de 93 todos los síntomas de un absceso hepático: después de haber comprobado la presencia del pus en el hígado, por medio de la punción exploradora, se le dió amplia salida por una incisión; pero al propio tiempo se presentó una gran cantidad de sangre junto con el pus, sin que se pudiera descubrir el punto de donde provenía aquella sangre. Siendo imposible encontrar, en la parte accesible de la herida, el vaso que sangraba con tanta abundancia, se creyó que dicha hemorragia tenía por sitio el mismo parenquima del hígado, y se procuró contenerla con inyecciones de agua caliente, esterilizada, que no dieron ningún buen resultado. Entonces se hizo un taponamiento con gasa yodoformada, aplicando al mismo tiempo inyecciones hipodérmicas de ergotina, consiguiendo al fin que la hemorragia se contuviera, al menos exteriormente. Pocas horas después, la enferma presentaba el cuadro completo de una anemia aguda, que amenazaba su vida de un modo muy serio, y á pesar de las inyecciones subperitoneales é intravenosas de suero artificial, y de todas aquellas prácticas recomendadas en casos semejantes, tales como la posición declive del cuerpo, la compresión metódica de los miembros, con objeto de hacer refluir la sangre á los principales centros y territorios de la circulación, el uso interno de estimulantes, etc., la enferma sucumbió cinco horas después de la operación. Es de notarse que durante la aplicación de las inyecciones de suero artificial, arriba indicadas, la tensión sanguínea presentaba oscilaciones bien francas, en relación con los distintos momentos en que aquellas se practicaban, de modo que al establecerse la corriente de la solución sódica entre la cánula de inyección y el tejido celular subperitoneal, ó la vena con la que estaba en comunicación, el pulso se hacía lento, lleno, para hacerse frecuente y débil poco tiempo después de que la corriente se interrumpía.

Al practicar la autopsia se encontró lo siguiente: una gran cantidad de líquido serosanguinolento y abundantes coágu-

los, ocupando la mayor parte de la cavidad pleural derecha; un orificio vascular, como de tres milímetros de diámetro, correspondiendo á una bifurcación venosa, en el espesor del parenquima hepático, precisamente en el trayecto que debió seguir el bisturí. Ahora bien: aparte de que el taponamiento pudo haber cohibido la hemorragia y que en el caso presente sólo sirvió para dar una falsa seguridad, transformando una hemorragia externa en interna, este accidente, lo mismo que los anteriormente indicados, se podrían evitar seguramente empleando la incisión metódica, que ya he recomendado y que consistiría en incidir los tejidos, siguiendo sus diferentes planos de superposición, examinando atentamente los distintos órganos que pudieran presentarse, con objeto de substraerlos á la acción del bisturí; reconociendo detenidamente cualquier vaso ú orificio vascular y hacer luego su ligadura, antes de pasar adelante. Esta maniobra perfectamente inocente y útil se podría facilitar con el empleo de ganchos separadores, que dieran suficiente amplitud á la herida; sobre todo, en los abscesos profundos, en que por la cantidad considerable de tejidos que es necesario interesar, son más probables estos accidentes: es verdad que en los abscesos torácicos sería quizá difícil obtener una separación perfecta de los labios de la herida, en razón de la estructura poco á propósito de la caja torácica; sin embargo, la movilidad general de los arcos costales, la especial al lugar en que de ordinario se opera, y la retractilidad natural de los tejidos, hacen creer que si no es posible obtener una ampliación exagerada de la herida, al menos sí la suficiente para tener siempre á la vista los órganos que pueden presentarse.

A primera vista, esta conducta tendría el gravísimo inconveniente de que, separando ó violentando demasiado los tejidos, se expondría á la ruptura de las adherencias, en caso de que existieran, ó lo que sería más serio, á la separación de las serosas pleural ó peritoneal, adonde el pus podría infiltrarse fácilmente, causando los mismos perjuicios que se pretendía

evitar. Pero si se reflexiona que precisamente en estos momentos es cuando convendría reconocer si el hígado presenta ó no la fijeza necesaria, antes de que el pus haya salido de la cavidad del foco, cuando por lo tanto todavía es posible suprimir cualquier otro camino, que no fuera el conveniente; se comprende bien que, lejos de ser imprudente, esta maniobra cooperaría eficazmente, suministrando datos que el cirujano podría utilizar en seguida, para practicar ó nó la sutura. Ultimamente, la experiencia sería la única capaz de decidir en este asunto, pues sabido es que no todos los principios admitidos en teoría son aceptados por la práctica.

Hé aquí el procedimiento que podría ponerse en práctica para los abscesos abdominales profundos. Antes de pasar á describirlo, debo advertir que no hago ninguna consideración acerca de la primera parte del procedimiento Stromeyer Little, á saber, la punción exploradora, porque, careciendo de datos suficientes para fundar una opinión, no he querido comprenderla en el plan de este pequeño trabajo.

Después de reconocer la presencia del pus por la punción exploradora, y no evacuadora, como aconseja Defontaine (con excepción de los casos que antes he indicado y en los que prestaría verdadera utilidad), porque ésta, en vez de favorecer la colocación de los puntos de sutura, la dificultaría mucho, disminuyendo la resistencia de la superficie hepática, tan favorable á la introducción de la aguja; se deja la cánula en el mismo sitio para que sirva de guía al bisturí, y mejor es encomendarla á un ayudante que la mantenga perfectamente inmovil con objeto de que el operador pueda utilizar las dos manos. El bisturí dividirá todas las partes blandas hasta descubrir el hígado, en cuyo punto se detiene. Esta incisión se hará de una manera lenta, progresiva, reconociendo con toda atención los tejidos, órganos y vasos que se presenten, dividiendo los primeros, rechazando los segundos y ligando los últimos. Hasta donde fuere posible, presentará una dirección paralela á las fibras musculares de la región, á fin

de obtener el mínimum de retracción tan indispensable á la conservación del paralelismo entre los diversos planos que se interesan. Su longitud será la estrictamente necesaria para dejar paso á los tubos de canalización, de tal manera que éstos entren, si es posible, á frotamiento, con lo que se obtienen los siguientes resultados: El pus, obligado á salir únicamente por el interior de los tubos, no se desliza entre sus paredes y las de la herida, por tanto, la infección de los tejidos ú órganos inmediatos es menos probable; estando los repetidos tubos bien ajustados, presentan cierta fijeza é inmovilidad, que en parte contribuye á mantener la perfecta adaptación y armonía de los distintos planos.

Por último, esta incisión ofrecerá la misma longitud tanto en la superficie de la piel, como en su parte profunda; pues he visto incisiones que presentaban mayor longitud en la superficie cutánea que en el fondo, por cuya circunstancia quedaba á descubierto una porción de tejidos, los cuales, bañados é irritados constantemente por la supuración, tomaban un aspecto fungoso, y la curación definitiva se retardaba en consecuencia. Hecha la primera parte de la incisión, como acabo de indicar, se procede á la aplicación de la sutura. En general creo que bastan sólo dos puntos, uno en cada extremo de la incisión; porque, por una parte, la incisión no debe pasar ciertos límites, siempre cortos, por las razones expuestas; por otra, la disposición natural de la región contribuye admirablemente á la eficacia de estos dos puntos: en efecto, encontrándose los tejidos que forman esta región en planos perfectamente superpuestos y paralelos entre sí, bastan estos dos hilos que, sirviendo como puntos de apoyo, los mantienen en cierto grado de tirantez, muy propia para su adaptación recíproca y que no permite la infiltración del pus ni la hernia de los órganos adyacentes. Se introduce, pues, la aguja un centímetro afuera del borde libre de la incisión, y unos milímetros arriba ó abajo (según el caso) del límite de la misma: de este modo se comprende en la sutura uua cantidad

de tejidos en superficie, suficiente para asegurar la permanencia de los hilos, los cuales quedan bastante retirados del límite de la herida hepática. La aguja debe atravesar, del exterior al interior, todo el espesor de tejidos que interesó el bísturí, y por tanto las dos hojas de la serosa peritoneal, penetra en el espesor mismo del hígado á una corta profundidad, saliendo á la distancia conveniente (cuatro ó cinco milímetros) para atravesar, del interior al exterior esta vez, el otro labio de la incisión en un punto simétrico al de entrada. El segundo punto se coloca de un modo semejante en el otro extremo de la herida, con lo cual queda terminada la sutura. En seguida se practica la segunda parte de la incisión, es decir, se profundiza la primera hasta el absceso mismo, dando salida á la supuración y siguiendo las mismas reglas que para la primera.

Habrá casos en que el considerable espesor de tejidos que la aguja tiene que atravesar haga la maniobra difícil y aun impracticable: entonces se llevará el bisturí hasta el foco, luego se colocará el índice de la mano izquierda dentro de la cavidad, con lo cual la aplicación de los puntos se facilita mucho, siendo idéntico el resultado. Habrá otros casos en que sea conveniente poner mayor número de suturas para asegurar la inmovilidad de la glándula hepática; pero creo que en todos ellos se podrán aplicar las mismas reglas sin dificultad.

Las presiones sobre la pared abdominal, aconsejadas en el procedimiento Stromeyer Little, son inútiles y peligrosas, por lo que han sido desechadas.

Respecto á los tubos de canalización, ha habido diferentes opiniones: algunos los consideran peligrosos, como se puede ver en el trabajo que sirvió de tesis al Dr. Hernández; se cree que, obrando como cuerpos extraños, irritan los tejidos y entorpecen la marcha de la cicatrización sin que la canalización del pus se haga más perfecta, porque para ello sería necesario que sus extremidades interiores se encontraran

siempre á un nivel inferior al de la superficie de la capa purulenta, lo que no siempre se realiza. La práctica, sin embargo, no confirma esta manera de ver, pues constantemente vemos cuán importantes servicios prestan en la evacuación del pus que, sin ellos, sería verdaderamente imposible, porque siendo una incisión lineal, sus bordes quedarían inmediatamente unidos y la cavidad del foco enteramente cerrada: esto es tan cierto, que cuando por cualquier motivo se han retirado los tubos antes de que la supuración se haya agotado por completo, sobrevienen casi siempre los accidentes de la retención del pus; por otra parte, los lavados de la cavidad del foco no se podrían practicar con tanta libertad ni con tan buenos resultados sin el auxilio de ellos. Por esta última razón creo que es de recomendarse el empleo de dos tubos de grueso calibre (6 á 8 milímetros de diámetrc), con lo cual se obtiene, al practicar los lavados, una corriente de entrada y otra de salida que, siguiendo cada cual un tubo especial, arrastra con suma facilidad el pus, colgajos y demás partículas contenidas en la cavidad, ventaja que no ofrece la aplicación de un solo tubo; porque, debiendo necesariamente establecerse esta doble corriente por el mismo tubo, muchos productos serían rechazados por la corriente de entrada y quedarían depositados en dicha cavidad. El número de ventanas ó aberturas que deben presentar los repetidos tubos canalizadores puede variar; pero lo que es conveniente en este caso es que dichas aberturas se encuentren únicamente en la porción de los tubos que debe permanecer en la cavidad, y que aquella porción que corresponde al espesor de los tejidos incididos, no presente ningún orificio, con objeto de que la supuración no escape por ellos y se ponga en contacto con los órganos inmediatos.

El número de lavados deberá estar en armonía especialmente con la marcha de la temperatura: si ésta es normal ó su elevación proviene de una causa extraña al foco (enfermedad intercurrente, formación de un nuevo absceso indepen-

diente del primero), los lavados se practicarán de tarde en tarde y aún se podrán suspender enteramente; sobre todo cuando la temperatura es fisiológica, pues en el otro supuesto sería sumamente difícil distinguir la participación que tomaban en aquel movimiento febril, el foco por una parte y la causa extraña por otra. El otro elemento que siempre se ha tomado en consideración, esto es, la cantidad de supuración, en mi concepto tiene un papel menos importante: sin pretender fijar una regla general, creo que cuando la temperatura es normal; aunque la cantidad de pus sea grande, si no presenta mal olor ni alguno de los caracteres que lo hacen peligroso, los lavados pueden suprimirse por completo, procurando solamente asear el exterior de la herida y renovar diariamente el apósito sin practicar ningún lavado del foco. Así lo he practicado, por indicación del Sr. Dr. D. Ramón Icaza, en dos enfermas, siendo de notar que en la última, en razón de haberse presentado unas hemorragias de cierta consideración poco tiempo después de la intervención (dos días), aparte de los lavados hechos en los momentos de la operación no volví á practicar ningún otro, limitándome á lavar todos los días el contorno de la herida y cambiar el apósito, recortando los tubos de cuando en cuando, hasta el alivio perfecto de la enferma, que fué rápido.

Respecto á los abscesos torácicos, que exigen la aplicación de la sutura, se ha recomendado el empleo de la *incisión transpleuroperitoneal*, ideada por Israel para los quistes hidáticos supurados y aplicada á los abscesos hepáticos por Terrier, del siguiente modo: hecha una incisión de ocho centímetros en el octavo espacio intercostal, se reseca la novena costilla en una extensión de cuatro centímetros, abriendo al mismo tiempo la pleura; entonces se sutura el diafragma á la pared costal, por cuatro hilos de seda de cada lado, se incide el diafragma, fijando al hígado cada uno de los labios de la incisión por tres puntos y, por último, después de reducir con-

venientemente el orificio cutáneo por otros puntos de sutura, se incide el absceso mismo.

Por mi parte, no he tenido hasta ahora la ocasión de ver algún caso de absceso torácico que haya necesitado la sutura previa del hígado.

Antes de terminar, debo manifestar mi sincero agradecimiento á los Sres. Dres. Francisco de P. Chacón y José Terrés, por los prudentes y sabios consejos con que me han favorecido; así como al Sr. ingeniero D. Manuel Fernández Leal, Secretario de Fomento, y al Sr. Dr. D. Francisco Ortega, á cuya amabilidad debo la impresión de este modesto trabajo.

México, Enero de 1895.

José I. Saloma.

inconvenientes del edificio [illegible] por estos grandes [illegible] [illegible] el [illegible] mismo.

Por mi parte, no he hecho [illegible] sobre la materia [illegible] [illegible] que haya presentado [illegible] [illegible] del [illegible].

Antes de terminar, debo manifestar mi sincero agradecimiento á los Sres. Dres. Francisco de P. Chacón y José Te-[illegible], por [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] Ingeniero D. Manuel Fernández [illegible] [illegible] y [illegible] D. Francisco [illegible] [illegible] [illegible] la impresión de esta [illegible].

[illegible]

José G. [illegible]